

標茶町脳ドック受診助成申請書

平成 年 月 日

(申請先) 標茶町長

申請者 氏名 印

1 助成を受けようとする者

住 所	標茶町		電話( )		
ふりがな 氏 名	.....	性 別	男・女	生年 月日	( 歳) 年 月 日
健康保険証の種類	国民健康保険・その他( )				
脳血管疾患治療の有無	無・有( )				
体内の金属及びペース メーカーの有無	無・有( )				
加入している健康保険 での助成制度の有無	無・有( )				
過去2年間、本事業の 利用の有無	無・有( )				

国保の方のみ

・総合住民検診\_\_月受診済み ・国保ドック申込み 有・無 ( \_\_月受診予定)

2 検診機関及び検診予定年月日

医療機関名	釧路労災病院
検診年月日	平成 年 月 日予定

脳ドック受診費用の助成を受けたいので、納税確認書を添付のうえ、申請します。  
なお、決定した場合には、次の事をお約束します。

- ・助成金を除いた金額を、医療機関へ支払いします。
- ・助成金の受領に関する権限を、指定医療機関に委任します。
- ・検査結果について、指定医療機関を通じ、町長へ報告する事を承諾します。

事務処理欄 ( 号)					
年	月	日	受	付	
年	月	日	資	格	確
年	月	日	決	定	
			決	定	・ 不
			定	定	決